



# APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE COMIDA PARA MAYORES DE EDAD

Sitio: \_\_\_\_\_

SFP#: \_\_\_\_\_

Por favor, conteste todas las preguntas

(Escriba en letra de molde)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

(Calle)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APT.# \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ SEXO: Femenino  Masculino  FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR (incluyendo usted y todas las personas que viven con usted): \_\_\_\_\_

INGRESOS DEL HOGAR (el total de los ingresos mensuales de todos los miembros del hogar) \$ \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN ÉTNICA:  Hispano/Latino  No-Hispano/Latino

RAZA (escoja una)

\_\_\_ Blanco

\_\_\_ Negro/Africano Americano

\_\_\_ Asiático

\_\_\_ Nativo Americano/Nativo de Alaska

\_\_\_ Nativo Hawaiano/ de las Islas del Pacífico

\_\_\_ Nativo Americano/Blanco

\_\_\_ Asiático/Blanco

\_\_\_ Negro/Blanco

\_\_\_ Nativo Americano/Negro

\_\_\_ Otro

## REQUISITOS Y REGLAS DEL PROGRAMA:

- Para calificar y ser miembro del Programa de Comida Para Mayores de Edad, hay que tener 55 años o más, cumplir con los requisitos de ingresos y vivir en el condado de Contra Costa o Solano – la edad y el domicilio tienen que ser comprobados.
- Requisito de ingresos (mensuales) son 200% del nivel de pobreza – por ejemplo; hogar de 1 persona \$1,962 o menos, hogar de 2 personas \$2,655 o menos, hogar de 3 personas \$3,348 o menos.
- Las bolsas de comida tienen que ser recogidas en el día de la distribución, durante las horas de la distribución – no se puede tener bolsas en espera.
- Usted tiene que ver la forma para que sus bolsas sean recogidas en caso que no pueda venir al sitio del Programa de Comida Para Mayores de Edad.
- Su nombre será eliminado de la lista si su bolsa no ha sido recogida en seis distribuciones seguidas.
- Notifique a su coordinador del Programa de Comida Para Mayores sobre una enfermedad larga o una vacación.

## EL FIRMANTE VERIFICA QUE

- (1) Yo certifico que la información arriba **es verdad y correcto** como lo entiendo.
- (2) Toda la información proveída en esta aplicación es **exacta y completa**.
- (3) Yo soy **la única persona** aplicando para el Programa de Comida para Mayores de Edad.
- (4) Yo aplicaré para ser miembro del Programa de Comida Para Mayores de Edad en **solamente un sitio de distribución**.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Traiga la aplicación a la distribución mas cercana de su casa con sus comprobantes de domicilio y edad.

[www.foodbankccs.org](http://www.foodbankccs.org)